| Superintendencia de Notariado y Registro | PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código:GF-FR-081 |
|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES | Versión: 1 |
| | FORMATO: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Fecha: 20/Abr./2026 |

## EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE:

La contratista **CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 50.945.899 de MONTELIBANO, en su calidad de Contratista de la **SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO**, vinculada mediante Contrato No. 1360 de 2026, ejecutó de las obligaciones contractuales correspondientes al período comprendido entre el 01 y el 30 del mes de **ABRIL** de 2026, conforme a lo estipulado en el objeto y obligaciones pactadas, para lo cual presentó las evidencias que respaldan las actividades desarrolladas en dicho período, las cuales fueron revisadas y verificadas por la supervisión.

De igual manera, en cumplimiento de la circular interna vigente sobre radicación de cuentas de cobro, se constató el cargue oportuno en la plataforma **SECOP** los anexos correspondientes.

En relación con el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social, se verificó que la contratista efectuó el pago correspondiente al mes de **ABRIL** de 2026, conforme a la planilla aportada, la cual cumple con los requisitos legales exigidos para efectos del trámite de la cuenta de cobro.

Se expide la presente certificación una vez aprobado el informe del período ejecutado, la revisión de las evidencias correspondientes y el pago de la seguridad social previamente relacionada, y sirve como soporte para el trámite de la cuenta de cobro de la contratista, a los 23 días del mes de ABRIL de 2026.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**CORNELIO DAGOBERTO SOTELO CORREA**
**C. C. 15.039.717**
**Registrador Seccional ORIP Montelíbano**



Powered by CamScanner

| #¡VALOR! | PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: GF-FR-071 |
|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES | Versión: 2 |
| | FORMATO: CUENTA DE COBRO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Fecha: 20/Abr./2026 |

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA | | | CÓDIGO ACTIVIDAD RUT | 8211 |
| CEDULA No. | 50,945,899 | DE | MONTELIBANO | CELULAR | 3127143110 |
| E-MAIL PERSONAL | carheplaza@hotmail.com | | | E-MAIL INSTITUCIONAL | carmen.sepulveda@supernotariado.gov.co |
| ENTIDAD BANCARIA | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 96630635796 | C.A. X | C.C. |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | 1360 | AÑO | 2026 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 21.427.680,00 | HONORARIOS MENSUALES | $ 2.678.460,00 |
| INGRESE NÚMERO DE CONTRATO PARA CARGAR LOS DATOS | | CDP N° | 45626 | FECHA CDP | 29/01/2026 | CRP N° 155526 | FECHA CRP 29/01/2026 |
| LUGAR DE EJECUCIÓN | | CIUDAD | MONTELIBANO | DEPARTAMENTO | CORDOBA | | |
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO | 5/02/2026 | FECHA FIN DEL CONTRATO | 4/10/2026 | TIEMPO EJECUCIÓN CONTRATO | 8 MESES | | |

## VALOR A COBRAR

SELECCIONE EL PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 1 | 4 | 2026 | TOTAL DÍAS | 30 | VALOR A COBRAR | $ 2.678.460,00 | PAGO No. 3 |
| AL | 30 | 4 | 2026 | ¿ES FACTURADOR ELECTRÓNICO? | ##### | N° DE FACTURA | | |

## ADICIÓN Y/O PRÓRROGA

| | Día | Mes | Año | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INICIO ADICION Y/O PRORROGA | | | | FECHA FIN ADICION Y/O PRORROGA | | | |
| CDP N° | | CRP N° | | VALOR | | ADICION Y/O PRORROGA No. | |

## OBJETO DEL CONTRATO

El contratista deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomia tecnica y administrativa, dentro del plazo acordado los servicio y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestacion recibirá por parte del contratante una suma de dinero a titulo de honorarios.

| | |
|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO | CORNELIO DAGOBERTO SOTELO CORREA |
| CARGO DEL SUPERVISOR | REGISTRADOR SECCIONAL |

## RELACIÓN DE PAGOS

| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 21.427.680,00 | ACUMULADO | $ 7.678.252,00 | SALDO POR PAGAR | $ 13.749.428,00 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO 01 | $ 2.321.332,00 | PAGO 11 | $ - |
| PAGO 02 | $ 2.678.460,00 | PAGO 12 | $ - |
| PAGO 03 | $ 2.678.460,00 | PAGO 13 | $ - |
| PAGO 04 | $ - | PAGO 14 | $ - |
| PAGO 05 | $ - | PAGO 15 | $ - |
| PAGO 06 | $ - | PAGO 16 | $ - |
| PAGO 07 | $ - | PAGO 17 | $ - |
| PAGO 08 | $ - | PAGO 18 | $ - |
| PAGO 09 | $ - | PAGO 19 | $ - |
| PAGO 10 | $ - | PAGO 20 | $ - |

## RELACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

| | Aporte: 12,5% | | Aporte: 16% | | Aporte: 0,522% |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS | $ 218.900 | FONDO DE PENSIÓN | $ 280.200 | ARL | $ 9.200 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL PAGO PLANILLA | $ 508.300,00 | PLANILLA DE PAGO No. | 77322536 | | |
| FECHA DE PAGO PLANILLA | 23 4 2026 | PERIODO DE PLANILLA | ABRIL | ¿PENSIONADO? | #### |



Powered by CamScanner

## RETENCIÓN EN LA FUENTE

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que:

| DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA | SI | NO |
|---|---|---|
| 1.OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO DE RENTA. Durante **el año inmediatamente anterior** mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT | X | |
| 2. Dependiente Económico: parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3, cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil. | | X |
| 3. Realizó aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías. | | X |
| 4. Crédito de Vivienda: Realizó pagos de crédito de vivienda. Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda (en donde se observen los intereses corrientes) del mes que esta cobrando o mes vencido. | | X |
| 5. Medicina prepagada: Realizó pagos de medicina prepagada. Adjuntar recibo de pago mensual o por la vigencia que corresponda. | | X |
| 6. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, es necesario indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo relacionadas a la presente cuenta de cobro si:<br>a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%).<br>b. Marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo con depuración de renta y UVT | | X |
| 7. Ha suscrito contratos **durante el presente año** por un valor igual o superior a 4000 UVT. | | X |
| 8. Ha sido notificado de una orden de embargo que deba ser prácticada por parte de la SNR con relación a los honorarios cobrados en la presente cuenta. Adjuntar oficio o soporte. | | X |

**Nota: Se debe remitir anexos de deducibles únicamente para contratos que superen los $6.000.000 mensuales**

**PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:** **MONTELIBANO** **FECHA** 23 | 4 | 2026

**Firma contratista**

**Cédula de ciudadanía N°** 50,945,899 **de** MONTELIBANO



Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 50945899 | CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA | calle 11B # 12 E - 02 | 7625029 | carhepiaza@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CÓRDOBA | MONTELÍBANO | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 77322536 | 23/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $508.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.200 | | | | 9.200 | 0 | 0 | 9.200 | | | 92 | 9.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 508.300 | 508.300 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 50945899 | CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA | calle 11B # 12 E - 02 | 7625029 | carheplaza@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CÓRDOBA | MONTELÍBANO | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 77322536 | 23/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $508.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza. exterior | Exonerado | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | |
| 1 | CC 50945899 | SEPULVEDA PLAZA CARMEN HELENA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1,750,905 | 30 | 280,200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1,750,905 | 30 | 218,900 | 14-23 | 1,750,905 | 30 | 1 | 9,200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner

| Superintendencia de Notariado y Registro | PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL | Código: GC-FR-022 |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | FORMATO: INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES | Fecha: 20/Abr./2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO DE INFORME | 3 | CONTRATO No | 1360 |
| PERIODO DE INFORME | 01 ABRIL AL 30 DE ABRIL 2026 | PLAZO DEL CONTRATO | 8 MESES |
| NOMBRE CONTRATISTA | CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA | IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA | 50,945,899 |
| OBJETO | El contratista deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía tecnica y administrativa, dentro del plazo acordado los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestacion recibirá por parte del contratante una suma de dinero a titulo de honorarios. | FECHA | 23/04/2026 |
| NOMBRE SUPERVISOR | CORNELIO DAGOBERTO SOTELO CORREA | CARGO SUPERVISOR | REGISTRADOR SECCIONAL |

| No. | OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES DESARROLLADAS | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 1 | Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo e ncuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera | Se presentó la respectiva cuenta de cobro correspondiente al mes de Abril. | Evidencias mes de abril |
| 2 | Contactar al Grupo de Gestión Documental, una vez suscrito el contrato, a través del correo electrónico soporte.documental@supernotariado.gov.co, con el propósito de elaborar el plan de trabajo, que definirá las metas específicas y el cronograma a cumplir durante la ejecución del contrato, en concordancia con los lineamientos y prioridades de la entidad | Se contactó al grupo de gestion documental y se establecieron lineamientos para su ejecucion. | Evidencias mes de abril |
| 3 | Organizar la documentación asignada de acuerdo con los procesos de gestión archivística establecidos por la entidad, incluyendo actividades como la clasificación, ordenación, depuración y foliación de los documentos. | Se ha organizado el archivo a medida que van entrando documentos. | Evidencias mes de abril |
| 4 | Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato. | Asisti a las capacitaciones programadas por la entidad. | |
| | Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, bajo los principios de la ética profesional | Se cuidó y ordenó los documentos del archivo | Evidencias mes de abril |
| 5 | Reportar oportunamente las dificultades, novedades o cualquier otra situación que genere la interrupción de la prestación de los servicios contratados. | Se reportó los inconvenientes presentados para la intervencion del archivo. | |
| | Las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del mismo | Realicé funciones relacionadas con la linea de produccion asignadas por el supervisor. | Evidencias mes de abril |
| 6 | Prestar en forma personal los servicios profesionales por lo que no podrá subcontratar la labor encomendada | presté de forma personal los servicios para los que fui contratada. | Evidencias mes de abril |

**NOTA:** Se deberán adicionar las filas necesarias conforme al número de obligaciones contractuales y actividades ejecutadas durante el periodo reportado.

**DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato en mención y que las actividades reportadas en el presente informe corresponden a las actividades efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, además, realice el pago correspondiente de los aportes a la seguridad social y las evidencias de ejecución del presente informe se encuentran cargadas en la plataforma SECOP II

FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C. 50 945 899

Powered by CamScanner